Münster 1937 No 112 Med DiSS

Chirurgische Universitätsklinik Münster i. Westf.
Direktor: Professor Dr. Coenen

Ein Beitrag zur Lehre von den Geschwülsten der Tunica vaginalis propria

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Würde eines Dr. medicinae
durch die medizinische Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster i. Westf.

Verfaßt und einer hohen medizinischen Fakultät

vorgelegt von

Ludwig Nolte
aus Brilon-Stadt

1936

Gedruckt in der Josefs-Druckerei, Bigge an der Ruhr

Referent: Priv. Doz. Dr. Hellner
Correferent: Prof. Coenen
Dekan: Prof. Jötten

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen Eltern in Dankbarkeit gewidmet

Literaturangaben.

1) Avoni, A.: Fibroma della vaginale del testicolo. (Tumori 1914. fasc. 2 S. 155; ref. Zhl. f. Chir. 1915. S. 343.)

2) Balloch: Fibromata of the tunica vaginalis. -- Annalis of surgery 1904 Nr. 3, Ztbl. f. Chir. 1904, S. 775.

3) Beyer: Einiges über das Sarkom der Scheidenhaut des Hodens und Samenstranges. — Beitr. zur klin. Chirurg. 82. 420. 1913.

4) Demel: Chirurgie des Hodens und des Nebenhodens. (N. D. Chir. 36.)

5) Fischer u. Grete Wolters: Über ein Sarkom der Hüllen des Hodens. Z. Krebsforschung 21. 44. (1924.)

6) Günther: Ein Beitrag zu der Lehre von den Geschwülsten der Scheidenhaut des Hodens. — Virchows Archiv 253, H 3, S. 679, 1924.

7) Henke u. O. Lubarsch: Handbuch der spez. path. Anatomie und Physiologie VI. 3. Männliche Geschlechtsorgane. 1931, Berlin, Springer.

8) Karewski: Beitrag zur Kenntnis der Geschwülste der Scheidenhaut des Hodens und des Samenstranges. Arch. f. klin. Chirurg. 49. 688, 1895.

9) Kaufmann: Spec. path. Anatomie Bd. II. 1922 Berlin u. Leipzig.

10) Kocher: Die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. Wtsch. Chir. 50. b. 1887.

11) Levy, M.: Sur un cas de tumor fibreuse de la vaginal avec recidive. Province méd. 1908. S. 776. Nr. 12. Ztb. f. Chir. 1908. S. 776.

12) Lichtenberg, v. A.: Handbuch der Urologie. Berlin 1928, Springer.
Voelker, F.: V. Bd. Spec. Urologie III. Berlin 1928, Springer.
Wildbolz, H.: Berlin 1928, Springer.

13) Menclaire et Filipo: Pachyvaginalite hémorragique avec absès du testicule. — (Bull. et mèm. de la soc. anatom. de Paris 1925, H. 1--5, S. 51.)

14) Mühsam, R: Beitrag zur Geschichte der Geschwülste der Tunica vaginalis. (Dscht. Zeitschrift f. Chir. Bd. LIX. p. 457. Ztb. f. Chir. 1899 s. 438.)

15) Nora, G.: Tumeurs de la vaginale. I. d' Urol 35,5—25, 1933.

16) Rubaschow, Prof.: Weißrußland. Beitr. zur Lehre über die Geschwülster der männlichen Geschlechtsorgane. — Zeitschr. f. urolog. Chir. 1926. 1933/4 S. 218.

17) Sawday: A loose tody in the tunica vaginalis. (The Lancet. Aug. 1, 1925.)

18) Scarpello, A.: Sul linfoangio endotelioma primitivo della vaginale del testicolo. (Über ein primäres Lymphangiendotheliom der Tunica vaginalis testis.) — (Instit. di clin. chir. gen., univ., Palermo.) Binnovamento medico, sez. 1, gazz. internaz. med. chir. e di intereni profers. Zg. 30, Nr. 5, S.93—98, 1927.

19) Spaltholz, Werner: Handatlas der Anatomie des Menschen. Bd. 3. 1920 Leipzig, Verlag von Hirzel.

20) Stricher, P. et A. Frank: Fibromes multiples de la tunique vaginale. (Multiple Fibrome der Tunica vaginalis.) (Clin. chir. A., univ., Straßbourg.) Journ. d-urol. Bd. 24, Nr. 1. S. 53—54, 1927.

21) Wollheim, Hasso, Heinrich: Ein Beitrag zur Lehre von den Pseudogeschwülsten der Tunica vaginalis propria testis. (Priv. Klinik, San. Rat Dr. Haas u. Path. Inst. Krankenhaus München-Schwabing). — Z. urol. Chir. 26, 66—73. (1929.)

22) Zangemeister: Über chronisch haemorrhagische Periorchitis. Bruns Beiträge 18. (1897.)

23) Dr. F. De Quervain: Spezielle chirurgische Diagnostik. 1922 Leipzig, Verlag Vogel.

Primäre, echte Tumoren, die ihren Ursprung von den Hodenscheidenhäuten nehmen, sind sehr selten. Unter den veröffentlichten Fällen befinden sich Lipome, Fibrome, Myxome, Cysten, gemischte Tumoren, Sarkome und ein Fall von Epitheliom. Sie kommen in jedem Alter vor, am häufigsten im 3. und 4. Jahrzehnt; nur die Sarkome bevorzugen das jugendliche Alter.

Leider ist die Frage, woher der Tumor im Einzelfalle ausgegangen war, bei den meisten früheren Beobachtungen nicht berücksichtigt worden. Zweifellos lag es an den Schwierigkeiten, die die Unterscheidung der Geschwülste der Hodenscheidenhäute von denen der Samenstranghüllen machte. Erst die Einteilung Kochers je nach dem Sitz der Geschwülste in funiculäre, estravaginale und vaginale Tumoren hat dem Kapitel über die Geschwülste der Scheidenhaut des Hodens und diejenigen des Samenstranges eine klare Übersicht gegeben. Diese Einteilung wird heute allgemein bei Geschwülsten im Bereich der männlichen Geschlechtsorgane angewandt und berücksichtigt.

Unter den gutartigen Neubildungen der Hodenscheidenhäute kommen in erster Linie die Fibrome in Betracht.

Kocher teilt die Fibrome der Scheidenhaut nach ihrer Lokalisation in drei verschiedene Formen ein:

1) Fibrome, die im oberen Teil des Samenstranges mehr oder weniger locker liegen oder nur mit der Tunica vaginalis communis verbunden sind.

2) Umschriebene Fibrome der Scheidenhaut besonders am Übergang des Samenstranges zum Nebenhoden.

3) Diffuse Fibrome der Scheidenhaut.

In dem hier zu beschreibenden Fall, der im Jahre 1932 an der Universitätsklinik zu Münster operiert wurde, handelt es sich um ein umschriebenes Fibrom der Tunica vaginalis propria

des rechten Hodens. Da die Tumoren der Tunica vaginalis propria von allen Geschwulstbildungen im Scrotum am seltesten sind, mag die folgende Mitteilung der Beachtung wert sein.

Der 53jährige, verheiratete Landwirt K. G. wurde am 14. X. 1932 in die hiesige Klinik aufgenommen. (Krankengeschichte Nr. 1353). Die Familienanamnese war ohne Besonderheiten. Vor einem Jahr bemerkte unser Patient eine Geschwulst im Hodensack und kommt deshalb auf Anraten seines Hausarztes zu uns. An sonstige überstandene Krankheiten sowie an ein Trauma erinnert der Patient sich nicht. Er empfindet bei seiner Tagesarbeit durch den Knoten, außer beim Radfahren, keinerlei Behinderung und fühlt keinerlei Schmerzen. Er hat niemals eine venerische Erkrankung durchgemacht.

Befund: Mittelgroßer, schlanker Mann in mäßigem Eigen- und Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute ausreichend durchblutet. Kopf, Augen, Rachen und Hals: o. B. Brustkorb: etwas flach, eingesunkene Supraclaviculagruben. Lungen: Grenzen an normaler Stelle, gut verschieblich, überall Bläschenatmen. Herz: leichte Rechtsverlagerung. Spitzenstoß etwa drei Querfinger innerhalb der Mammillarlinie. Töne rein, Aktion regelmäßig. Bauch: weich, nirgends druck- und schmerzempfindlich. Extremitäten: o. B. Lokalbefund: Im Hodensack ist ein auf der rechten Seite liegender Tumor fühlbar. Dieser ist beweglich, fühlt sich derb und hart an, und steht an einer Stelle mit dem rechten Hoden in Verbindung. Der Tumor hat die Größe eines mittleren Apfels, zeigt keine Fluctuation, keine Transparenz; Verkleinerung nicht möglich. Er ist nicht druck- und schmerzempfindlich und verursacht auch sonst, außer daß er dem Pat. beim Radfahren lästig ist, keinerlei Beschwerden. Der rechte Nebenhoden ist nicht tastbar. Der Samenstrang kann auf dieser Seite bis zum äußeren Leistenring verfolgt werden. Linker Hoden und Samenstrang lassen sich gut abtasten und stehen zu der Geschwulst in keiner Beziehung. Die Drüsen der Inguinalgegend sind nicht vergrößert. Die Diagnose wurde auf einen rechtsseitigen Nebenhoden bezw. Samenstrangtumor gestellt.

Es wurde am 19. X. 32 in Lokalanaesthesie die Geschwulst von einem 10 cm langen Schnitt vom äußeren Leistenring rechts

bis unter die Mitte des Scrotums hinaus freigelegt. Es wird in typischer Weise die Semicastratio rechts gemacht, das Vas deferens wird dabei so hoch als möglich amputiert. Die Ausschälung des Tumors und des Hodens gelingt im ganzen leicht. Gründliche Blutstillung. Gummirohr. Hautnaht. Schwimmhosenverband. Ungestörter Verlauf. Höchste Temperatur am 2. Tg. 37,6 Grad, sonst war Patient dauernd ohne Fieber. Nach 10 Tagen werden die Fäden entfernt und am 12. Tage nach der Operation kann der Patient als geheilt entlassen werden.

Die entfernte Geschwulst hat die Form eines mittleren Apfels und ist graugelblich, glänzend, glatt, von sehr derber Konsistenz. Fast gänzlich von einer fibrösen Kapsel umgeben, durch die Gefäße hindurchscheinen, gleicht sie ihrem äußeren Aussehen nach am meisten einem kleinen subserösen Uterusmyom. Bei der äußeren Betastung stellt man fest, das die Geschwulst durch eine Längsfurche in einen größeren, etwa $^2/_3$ des Tumors einnehmenden Knoten und in einen kleineren, etwa $^1/_3$ des Tumors einnehmenden Knoten zerfällt. Diese Furche findet sich nur auf der hinteren Fläche, vorn ist die Geschwulst rund. Am oberen Pol der Geschwulst findet man den Hoden und Nebenhoden. Beide sind ihrem äußeren Aussehen nach unverändert. Der Nebenhoden scheint etwas kleiner als normal zu sein. Bei weiterer Praeparation ergibt sich, daß der Hoden durch zwei dünne bindegewebige Membranen von dem Tumor getrennt ist. An der Hinterfläche und am unteren Pol ist er infolge Druckes seitens des Tumors nach beiden Seiten abgeplattet, sodaß man an dieser Stelle eine keilförmige Vortreibung erkennen kann. Im übrigen ist der Hoden allenthalben von der Tunica albuginea fest umschlossen. Schnitte durch Hoden und Nebenhoden ergeben makroskopisch nichts Abnormes. Der fixierte Tumor hat ein Gewicht von 87 g, und hat ein Längen-, Breiten- und Tiefenmaß von 4,7 zu 4 zu 5 cm. Der Schnitt, der die Geschwulst ziemlich genau median halbiert, hat ein weißes bezw. grauweißes Aussehen und man erkennt darauf feine, netzartig angeordnete Gewebsbündel. Man hat den Eindruck, daß der Tumor aus zwei verschiedenen Geschwulstknollen besteht, die aber fest

miteinander verbunden sind und ineinander übergehen. Der Tumor kann wegen seiner Derbheit nur schwer geschnitten werden. Den äußeren Überzug bildet die wenig verdickte Tunica vaginalis comm. und die Tunica vag. propria, die sich dann auf den Hoden fortsetzt.

Wir haben es also in unserem Falle mit einem Tumor der Tunica vag. propria zu tun und zwar geht der Tumor von dem parietalen Blatt aus und wölbt sich in das Cavum scroti hinein. Die Größe eines mittleren Apfels entspricht der gewöhnlichen Größe derartiger Tumoren. (Siehe Abb. 1)

Versucht man den Tumor mit den Händen zusammenzudrücken, so sieht man auf der Schnittfläche aus 6 verschiedenen, an der Peripherie des Tumors verteilt liegenden Gefäßen, deren Volumen etwa die Stärke einer Stecknadel einnehmen, Blut austreten, ein Phaenomen, das auf den Gefäßreichtum des Tumors schon makroskopisch hinweist. Mehrere, parallel zum Hauptschnitt angelegte Durchschnitte durch den Tumor ergeben den gleichen Befund.

Zur mikroskopischen Untersuchung kamen zahlreiche Stücke aus verschiedenen Stellen des Tumors, aus Hoden und Nebenhoden. Die Gefrierschnitte wurden nach verschiedenen Methoden gefärbt.

Die Schnitte durch den Hoden ergaben keine krankhaften Veränderungen. Das mikroskopische Bild des Nebenhodens erweckte den Eindruck einer leichten Atrophie. Die Tunica vaginalis propria ist leicht verdickt; an einzelnen Stellen ziehen keilförmige Stränge in den Tumor hinein, wie auf dem beigelegten Bilde zu sehen ist. (Siehe Abb. 2)

Man erkennt eindeutig den festen Zusammenhang zwischen der Tun. propria und dem Tumor. An anderen Stellen wiederum ist eine ziemlich scharfe Grenze der Tun. propria gegen den Tumor deutlich sichtbar; das spricht aber nicht dagegen, daß der Tumor trotzdem von der Tun. vaginalis seinen Ausgang nimmt. Die histologische Untersuchung des Tumors ergibt ein gefäß- und kernreiches Fibrom; es besteht aus Zügen von dichtliegenden, typischen, spindelförmigen, langgestreckten Bindegewebskernen, die zum größten Teil intensiv gefärbt sind.

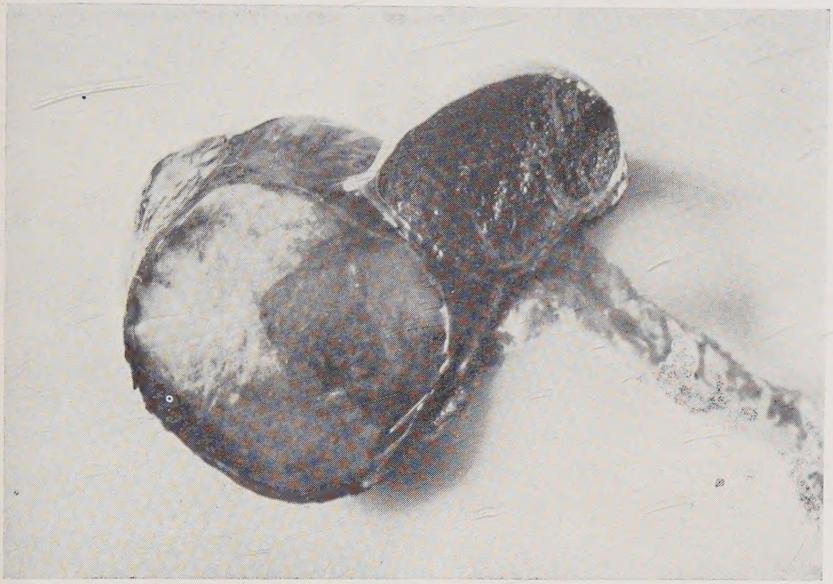

Abbildung 1

Abbildung 2

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547203_0103

Dazwischen liegen einige wenige Bezirke, in denen die Kerne blasser sind. Die Kerne durchziehen den Tumor z. T. in langgestreckten Zügen, z. T. bilden sie Wirbel oder stehen pallisadenförmig gegeneinander. Der van Gieson-Schnitt läßt deutlich spärliche Züge von Bindegewebsfasern erkennen. In den Gefäßen sind elastische Fasern reichlich vorhanden. Zeichen für Bösartigkeit sind in der Geschwulst nirgends zu finden. Auf Grund dieser Untersuchung kann der Tumor als ein zellreiches Fibrom bezeichnet werden.

Die Diagnose lautet also vollständig: Fibrom der Tun. vag. propria. Es handelt sich somit um einen seltenen Fall von gutartigem Tumor im Hodensack. Außer dem histologischen Befund liefert die Tatsache einen weiteren Beweis gegen eine Bösartigkeit, daß bei der nach zwei Jahren vorgenommenen Nachuntersuchung des Patienten kein Rezidiv und keine Metastasen gefunden wurden. Der Patient hat keine Beschwerden, keinen Gewichtsverlust und fühlte sich wohl. Drüsen waren nicht zu fühlen. Der Patient wies keine Störung seines Befindens auf.

Vergleicht man nun unsere Beobachtung mit andern des Schrifttums, so lassen sich nun folgende gleichartige Fälle von gutartigen Geschwülsten der Tun. vag. finden.

Wildboltz in Bern berichtet 1914 zum ersten Male über einen Fall von Lipom, ausgehend von dem in unmittelbarer Umgebung des Nebenhodens liegenden Fettgewebes. Die Lipome liegen gewöhnlich außerhalb der Tun. vag., sie können aber nach Beobachtung von Kocher die Tun. vag. propria durchbrechen und neben den Hoden zu liegen kommen. Wildboltz wurde von einem 45 jährigen Kollegen konsultiert, der zufällig an seinem linken Hoden eine Anschwellung bemerkt hatte. Der Kollege war Neurastheniker. Da bei ihm niemals eine Entzündung der Harn- und Geschlechtsorgane vorausgegangen war, Tuberkulose in der Familie auch nicht vorgekommen waren, fürchtete er, der kleine Knoten im Nebenhoden möchte durch sarkomatöse Neubildung bedingt sein. Schmerzen oder sonstige Beschwerden verursachte der kleine Tumor nicht. Wildboltz glaubte, es handele sich um eine banale, sehr geringgradige, chronische Epididymitis, bedingt durch Staphylokokken, Coli- oder

Tbc.-Bazillen. Auf Drängen des Patienten, der fürchtete, es handele sich um ein Sarkom, wurde die Epididymektomie vorgenommen. Im Nebenhoden und seinen Häuten fanden sich makroskopisch rundliche, umschriebene, weißlich gelbe Knoten, die mikroskopisch als eigene Lipome angesprochen werden mußten.

Avoni beschreibt den Fall eines 31jährigen Mannes, bei dem sich innerhalb von 7 Jahren nach einer starken Verletzung des rechten Hodens eine mannsfaustgroße, höckrige, harte, undurchsichtige, schmerzlose Geschwulst entwickelt hatte, die Hoden und Nebenhoden einschloß. Diagnose: wahrscheinlich Knorpelgeschwulst des Hodens. Behandlung: Abtragung des Hodens. Bei der Untersuchung des Präparates ergibt sich, daß es sich um fibröse Geschwulstknoten handelt, die sich zwischem dem Blatt der Tun. vag. propria und communis des Hodens entwickelt hatten.

Balloch operierte einen Neger, bei dem sich innerhalb 8 Jahren eine bis an die Knie reichende Vergrößerung des rechten Hodensackes entwickelt hatte. Eine Diagnose wurde scheinbar nicht gestellt. Die Untersuchung der 3 gefundenen insgesamt 1644 g schweren Geschwülste ergab, daß dieselben myxomatös und fettig entartete Fibroide waren, und daß die Tun. vag., von der die Tumoren ausgingen, einer fibrösen, myxomatösen Degeneration anheimgefallen waren.

Stricher und Franck berichten über folgende Beobachtung: Bei einem 40jährigen Manne fanden sie mehrere (5) isolierte kleine Tumoren an der Vorderfläche des rechten Hodens, die mit der Haut verwachsen waren. Nebenhoden und Vas deferenz: o. B. Keine Hydrocile, keine Lymphknotenschwellungen, rektaler Befund negativ. Über eine vor der Operation gestellte Diagnose wird nichts berichtet. Bei der Operation wird die ganze Tun. vag. parietalis exstirpiert. Die Tumoren lagen in der Tun. vag., einer war auf die Tun. albuginea übergegangen. Die histologische Untersuchung ergab fibromatöses, stark sklerotisches Gewebe.

Alle diese Beobachtungen haben das eine gemeinsam, daß in keinem dieser Fälle die Diagnose der gutartigen Geschwulst vor der Operation gestellt wurde. Auch von den anderen

Beobachtern wird mit Ausnahme von Stricher und Franck mitgeteilt, daß der Hoden entfernt wurde. In Anbetracht der Tatsache, daß es sich aber in allen Fällen um gutartige Geschwülste der Tunica vaginalis propria handelte, erhebt sich aber die Frage, ob diese Therapie die richtige war, oder ob man sich nicht mit der Exstirpation des Tumors hätte begnügen und dem Patienten die Semikastratio ersparen können. Alle Autoren sind darin einig, daß die Differentialdiagnose der Tumoren im Bereich des Hodensackes äußerst schwierig ist; denken wir nur an die Hydrocelen, Hernien, Hämato- und Spermatocelen, an Lues und Tbc, an die Periorchitis hämorrhagica und nicht zuletzt an alle Arten von Tumoren. Die endgültige richtige Diagnose wurde und wird auch heute noch sehr oft erst nach der Operation gestellt. In der Regel begnügt man sich damit, einen Hodentumor anzunehmen, da es kaum möglich ist, zumal, wenn man den Hoden nicht einmal abtasten kann, zu entscheiden, ob die Geschwulst gut- oder bösartig ist, ob sie von dem Hoden selbst oder von den Hüllen des Nebenhodens und Hodens oder denen des Samenstranges ausgeht. Andererseits weiß auch jeder wohl aus eigener Erfahrung oder aus Darstellungen von Krankheitsverläufen der hier in Frage stehenden Tumoren, wie bedeutungsvoll, man kann sagen oft lebensrettend für den Patienten die frühzeitige und richtige Erkennung der Natur seines Leidens ist. Ist der Tumor gut- oder bösartig, das ist die erste Frage, die uns in allen Fällen gestellt wird, und wonach sich unsere Therapie richten muß. Die Ursprungsstelle des Tumors hat erst in zweiter Linie, in therapeutisch-technischer Hinsicht Bedeutung, vorausgesetzt, daß wir für derartige gutartige und bösartige Tumoren eine verschiedene Therapie anwenden wollen; diese kann oder muß darin bestehen, daß wir bei bösartigen Tumoren so radikal wie möglich, dagegen bei gutartigen Tumoren so schonend wie möglich vorgehen.

Die Frage der Diagnose kann durch bloße Palpation nicht immer gelöst werden. Es ist eine bekannte Tatsache, daß Hodenschwellungen fast immer für einen bösartigen Tumor oder für Tuberkulose gehalten werden, letztere Diagnose wird oft, leider fast reflexartig gestellt. Infolgedessen hat jedem operativen

Eingriff eine ganz genaue klinische Untersuchung und Erwägung der Differentialdiagnose vorauszugehen. Im folgenden will ich kurz auf die Erkrankungen eingehen, die man bei der klinischen Differentialdiagnose zu berücksichtigen hat, und wie man möglichst schon vor der Operation zur richtigen Diagnose kommen kann.

Von den Schwellungen im Bereich des Hodensackes, die auf Entzündung beruhen, kommen für uns nur die Veränderungen bei chronischer Entzündung in Betracht, und von diesen wiederum in erster Linie die Tuberkulose. Finden wir die Epididymis derb, unregelmäßig knotig angeschwollen oder fühlen wir sonst einen derben, druckempfindlichen Knoten, so denken wir sofort an Tuberkulose. Nach Quervain werden wir zur Bestätigung dieser Diagnose nach der — freilich nicht immer vorhandenen — charakteristischen knotenförmigen, bisweilen auch zylindrischen Verdickung des Vas deferens suchen. Fehlt diese Verdickung, so werden wir den Spuren der Tuberkulose weiter hinauf nachgehen. In der Prostata besonders an ihrem oberen Umfange werden wir bisweilen eine druckempfindliche Stelle finden. Wiederholte Untersuchung eines ganzen Tagessedimentes, vielleicht sogar nach Antiforminvorbehandlung, wird meist Bazillen finden lassen. Sitzt die Primärtuberkulose in der Niere, so finden wir spontane Schmerzen, lokale Druckempfindlichkeit und leichte Anspannung der Lendenmuskulatur. Die Cystoscopie und der Ureterenkatheterismus vervollständigen die Untersuchung.

Sind Hoden und Nebenhoden zu einer unförmlichen knolligen Masse verschmolzen und lassen sich nicht mehr besonders abtasten, so müssen wir zu bestimmen suchen, ob Tuberkulose oder tertiäre Syphilis vorliegt. Das Gumma befällt bekanntlich vorzugsweise den Hoden, die Tuberkulose im Beginn den Nebenhoden. Kann der Patient uns keine weitere Auskunft über den ursprünglichen Sitz der Krankheit geben, so werden wir eher an ein Gumma denken, besonders wenn spontane Schmerzen und Druckempfindlichkeit gering sind. Pasitiver Wassermann sichert die Diagnose.

Cystische Gebilde, die zwischen Nebenhoden und Hoden liegen, auf dem letzteren wie eine Haube aufsitzend, lassen auf eine Spermatocele schließen. Die in der trüben Punktionsflüssigkeit sichtbaren Samenfäden bestätigen die Diagnose.

Finden wir eine Geschwulst mit glatter Oberfläche und weicher bis prall elastischer Konsistenz, so nehmen wir eine Flüssigkeitsansammlung in der Scheidenhaut an. Ist das Gebilde durchscheinend, so haben wir eine Hydrocele vor uns. Zeigt das Gebilde keine Transparenz, fühlt es sich derb elastisch an, ist der Hoden unter Druckschmerz an der hinteren Fläche als flache Erhebung zu fühlen, der Nebenhoden aber nicht tastbar, so stellen wir die Diagnose auf eine Periorchitis prolifera, d. h. eine Hydrocele, deren Wand durch Bindegewebe, sich allmählich organisierendes Fibrin, verdickt ist und in der sich oft altes oder frisches Blut findet – Periorchitis hämorrhagica. Solange man aber die Probepunktion noch nicht vorgenommen hat, muß man unbedingt auch an eine bösartige Neubildung denken. Ungleiche Konsistenz sowie höckrige Oberfläche spricht ohne weiteres für Neubildung. Da das Befallensein der regionären Drüsen und anderweitige Metastasen im Anfange noch fehlen können, so müssen wir auf die Anamnese zurückgreifen. Eine proliferierende, hämorrhagische Periorchitis hat meist schon lange, oft jahrelang bestanden, eine bösartige Geschwulst dagegen meist erst seit Monaten. Die Periorchitis ist schmerzlos und zeigt nur an der Stelle, wo der Hoden liegt, eine gewisse Druckempfindlichkeit, bösartige Neubildung sind fast immer schmerzhaft; bestehen neuralgische Schmerzen im Samenstrang, so ist Bösartigkeit sozusagen sicher.

Ist eine umschriebene Geschwulst im Hodensack derb anzufühlen, die Haut des Hodensackes frei und läßt sie sich über der Neubildung verschieben, ist die Geschwulst ferner vom Samenstrang unabhängig, nicht transparent und läßt sich nach oben gut abgrenzen, so wird ein Fibrom oder ein Sarkom vorliegen, je nach der Raschheit des Wachstums.

Eine weiche, gelappte, nicht durchscheinende Geschwulst, ist aller Wahrscheinlichkeit nach ein Lipom.

Die Probepunktion mit einer genügend weiten Kanüle fördert bei der Periorchitis prolifera bezw. hämorrhagica eine selten seröse, meist trübe, oft cholestearinhaltige, schokoladenbraune Flüssigkeit, wenn nicht frisches Blut zutage, bei einer Geschwulst gar nichts, einige Tröpfchen Blut oder einen Pfropf Geschwulstgewebe in der Nadel, das vielleicht zu einer histologischen Diagnose genügt. Liefert uns die Probepunktion an einzelnen Stellen nichts, an anderen eine schleimige Flüssigkeit, so nehmen wir ein cystisches Adenom an. Erhalten wir eine hellbraune, milchkaffeeähnliche Flüssigkeit mit Epithelzellen, Detritus und Cholestearinkristallen, so sind wir in ein Dermoid geraten.

Schließlich rät Grote dazu, bei Tumoren im Hodensack eine Röntgendurchleuchtung vorzunehmen, um zu sehen, von wo der Tumor seinen Ausgang nimmt; dabei sollen Geschwülste einen dunklen, der Hoden mit seinen abgerundeten Konturen einen helleren Schatten geben.

Erst wenn der Fall klinisch geklärt ist, darf er operiert werden. Entspricht der Operationsbefund nicht der klinischen Diagnose, so ist eine Probefreilegung mit histologischer Schnelluntersuchung vorzunehmen. Erst dann ist über die einzuschlagende Therapie zu entscheiden. Wir haben hiermit die Methode, die uns fast immer eine restlose Klärung über die Art des Tumors geben kann. Man sollte es unter keinen Umständen unterlassen, auch bei Tumoren im Bereich des Hodensackes eine Probeexcision zu machen. Dann kann man binnen drei Minuten die histologische Diagnose haben und sich ein klares Bild über die Gut- oder Bösartigkeit des Tumors verschaffen. Danach richtet sich dann die betreffende Therapie.

Hat man mit Hilfe dieser Methode einen gutartigen Tumor diagnostiziert, dann tritt an den Operateur die zweite Frage heran, von wo nimmt der Tumor seinen Ursprung. Ist es ein umschriebener Tumor, der von den Hüllen des Hodens, Nebenhoden oder Samenstranges ausgeht, so kann er unter Schonung dieser drei Gebilde die Exstirpation vornehmen und dem Patienten die Semikastratio ersparen.

Hätte man in dem von mir beschriebenen Falle die Probeexcision und die mikroskopische Schnelluntersuchung während der Operation vorgenommen, so hätte man auch unserm Patienten die Semikastratio ersparen können, da der Tumor an keiner Stelle mit dem Hoden oder Nebenhoden verwachsen und in technischer Hinsicht also leicht zu exstirpieren war. In unserm Falle handelt es sich um einen 53jährigen Patienten, dem noch ein Hoden erhalten blieb. Denken wir aber an die Folgen für einen 20 Jahre jüngeren Mann, bei dem beispielsweise ein doppelseitig aufgetretenes Lipom oder Fibrom durch Kastration behandelt wird, nur weil man sich nicht frühzeitig genug über die Art der Geschwulst ein klares Bild verschafft hat. Ich glaube, an diesem einzigen Beispiel allein ersieht man, wie wichtig es ist, vor jeder Exstirpation eines Tumors im Bereich des Hodensackes eine histologische Untersuchung vorzunehmen, falls die Diagnose nicht ganz sicher ist.

Lebenslauf.

Als Sohn des Lehrers Theodor Nolte und seiner Gemahlin Maria, geb. Imming wurde ich, Ludwig Nolte, am 11. Januar 1909 in Schepsdorf geboren. Am 15. März 1930 legte ich am Gymnasium Georgianum zu Lingen an der Ems meine Reifeprüfung ab. Nach dem Sommersemester 1932 bestand ich in Münster mein med. Vorexamen mit „sehr gut". Meine klinischen Semester verbrachte ich an den Universitäten Berlin, Wien, München und Münster, wo ich am 13. Dezember 1935 mein med. Staatsexamen mit „gut" ablegte. Seit dem 15. Dezember 1935 bin ich an der Chir. Universitätsklinik zu Münster als Med. Prakt. tätig.